

## CAPITOLO QUATTRO

# PERCORSI ALLA MATERNITÀ: IMMIGRATI E SERVIZI SOCIO-SANITARI IN AREA PERINATALE A TORINO

Rosy Musumeci

### *1. Introduzione*

L'oggetto di questo capitolo è costituito, da un lato, dalle politiche e dai servizi socio-sanitari in area perinatale e, dall'altro, dalle pratiche d'uso dei servizi in quest'area da parte degli immigrati peruviani, rumeni e marocchini intervistati nell'ambito della nostra indagine.

In primo luogo, il capitolo analizza, attraverso una capillare mappatura delle iniziative e dei servizi in Torino nel triennio 2010-2011-2012 e una serie di colloqui con testimoni qualificati, gli sviluppi e le dinamiche riorganizzative cui sono andati incontro recentemente le politiche e i servizi socio-sanitari in area materno-infantile a Torino (come consultori familiari e pediatrici, servizi di preparazione alla nascita, punti nascita e di allattamento al seno).

In secondo luogo, il capitolo esplora i vissuti di un gruppo di immigrati genitori di bambini di età compresa tra zero e sei anni e di un gruppo di coppie straniere intervistate prima della nascita del loro primo figlio e dopo circa un anno e mezzo da essa, durante la fase del corso di vita rappresentata dalla transizione alla genitorialità, relativamente ai vissuti e significati dei percorsi assistenziali, al livello di conoscenza dei servizi socio-sanitari in area perinatale, alle motivazioni e al grado di soddisfazione nell'uso di questi. Interviste longitudinali realizzate con un gruppo di 22 coppie italiane nella transizione alla genitorialità sono utilizzate come gruppo di controllo.

Gli studiosi di migrazione sono stati sempre più interessati all'impatto delle politiche sociali sul processo di integrazione, con particolare riguardo all'accesso ai servizi sanitari [Delvaux *et al.* 2001; Norredam *et al.* 2004; Hernandez-Quevedo and Jimenez-Rubio 2009; Lay *et al.*, 2006; Stronks, *et al.*, 2001], al sistema scolastico e ai servizi sociali ma pochi sono gli studi che esplorano l'uso dei servizi socio-sanitari (territoriali e ospedalieri) in area materno-infantile [ad esempio Lariccia *et al.* 2013a]. Eppure, negli ultimi decenni, a seguito dell'incremento dell'immigrazione straniera, le organizzazioni che offrono servizi di assistenza sanitaria (ospedali e consultori familiari in *primis*) hanno dovuto confrontarsi con una domanda che presentava tratti diversi rispetto a quelli tipici dell'utenza autoctona e poneva non pochi elementi di complessità: ad esempio, le difficoltà nell'interazione tra utenti ed operatori a causa della scarsa conoscenza della lingua italiana da parte dei cittadini stranieri, e la diversità delle abitudini nei comportamenti sanitari, come anche delle aspettative rispetto all'offerta di servizi. È per questo che numerose organizzazioni sanitarie hanno predisposto servizi ad-hoc per l'utenza di origine straniera, o hanno comunque provveduto a facilitarne l'accesso ai servizi per allineare la propria offerta alle richieste più specifiche dell'utenza [Rossi e Tognetti 2014].

Guardando sia alla configurazione delle politiche e dei servizi in quest'area, sia alle scelte assistenziali e ai vissuti degli individui, l'obiettivo è, in questo capitolo, quello di individuare e analizzare i fattori che incidono nella relazione che lega gli immigrati ai servizi perinatali. Il focus in particolare è centrato sulle condizioni e sui fattori che influenzano decisioni, tempi e modalità d'uso di tali servizi da parte degli immigrati e in particolare delle immigrate, da quelli più *socioeconomici* a quelli più *culturali* (per non parlare poi di quelli *organizzativi*) nella consapevolezza che, non solo la classe sociale d'appartenenza e le differenti risorse economiche e personali di cui gli individui dispongono possono far la differenza, trasformandosi in certi casi in vere e proprie barriere che precludono ad un sistema di cura come quello italiano in teoria *universale* di esserlo anche in pratica (Lariccia *et al.* 2013b; Delvaux *et al.*, 2001), ma anche le visioni

culturali (oltre che le definizioni femminili soggettive) del parto e della nascita, visti come processi fisiologici e naturali che non richiedono intervento medico o, al contrario, come esperienza che necessita di medicalizzazione per essere vissuta al riparo da rischi per la salute della donna e del bambino, influenzando le credenze circa quando (ad esempio si veda Alderliesten *et al.* 2007 per il caso olandese) e quante volte è considerato “ragionevole” sottoporsi a visita medica, chiedere consiglio agli esperti, e in definitiva, l’importanza attribuita all’assistenza medica.

Sappiamo ad esempio che le cittadine straniere, in confronto alle italiane, in gravidanza, tendono ad effettuare più tardi la prima visita (nel 2013 in Italia si sono sottoposte a visita medica entro il terzo mese l’88,7% delle donne straniere contro il 95,5% delle italiane) e mediamente un numero inferiore di visite<sup>1</sup>. Ad esempio, dai dati CeDAP emerge che nel 2010 sia nel settore pubblico che in quello privato, la percentuale di donne residenti in Italia che non si è mai sottoposta a visita durante la gravidanza è 2,6 tra le immigrate e 1,7 tra le italiane<sup>2</sup>. E questo sembra essere correlato con un più elevato rischio di mortalità perinatale per le madri immigrate [Lariccia *et al.* 2013a]. Inoltre, tra le immigrate è maggiore sia la quota di donne che allatta (l’89,4% contro l’84,6% delle italiane), sia la durata dell’allattamento (9,2 mesi in media, contro 8,1 delle italiane) [Istat 2014]. E, ancora, il servizio più utilizzato dalle donne immigrate risulta essere quello consultoriale come anche tra le utenti dei consultori, in diverse realtà geografiche, prevale la componente immigrata (questo è per esempio il caso, come vedremo nel paragrafo 3.3, dei consultori della città di Torino).

---

<sup>1</sup> Differenze analoghe tra immigrate e native sono evidenziate da studi relativi ad altri paesi “sviluppati”. Ad esempio per i casi, rispettivamente, della Finlandia, Inghilterra, Florida, Amsterdam, Gran Bretagna si vedano: Malin and Gissler [2009]; Rowe *et al.* [2008]; Kuo *et al.* [2008]; Alderliesten *et al.* [2007]; Rowe and Garcia [2003].

<sup>2</sup> Tuttavia si tratta di un dato da trattare con cautela. Nostri testimoni qualificati hanno fatto notare ad esempio che la scheda del CeDAP è molto generica nella rilevazione della variabile “numero di visite” non distinguendo tra una visita vera e propria ed un semplice controllo esame/pressione.

Quindi le scelte e i vissuti assistenziali da parte dei nostri intervistati immigrati (e italiani, per confronto/controllo) intorno alla nascita sono di seguito esplorate tenendo anche conto che diventare madri è il risultato di un intervento culturale (oltre che di un processo biologico) messo in atto dalla comunità che propone e impone specifici modelli di maternità e che, allo stesso tempo però, la donna interviene attivamente su tali modelli per costruire il suo personale modo di essere madre [Pennacini in Bonfanti 2012; Naldini 2015].

Il confronto con madri (e padri) italiane intervistate utilizzando la stessa traccia di intervista si basa anche sull'assunto che sia gli immigrati che gli italiani operano all'interno di una realtà dove, sia il modello "locale" di assistenza alla nascita, in cui l'esperienza della maternità viene di norma gestita all'interno di un quadro di riferimento medico-sanitario<sup>3</sup> (pur all'interno di un trend generale verso la promozione della fisiologia della nascita<sup>4</sup>) va modificandosi a partire dall'incontro con concezioni provenienti da paesi diversi, sia quello di cui sono portatori gli immigrati può andare incontro ad analogo destino producendo forme innovative di ibridazione di modelli [Pennacini in Bonfanti 2012].

## *2. Stranieri e diritto all'assistenza sanitaria pubblica*

Al fine di interpretare correttamente i risultati di seguito presentati, è opportuno sottolineare che l'uso dei servizi sanitari da parte degli immigrati è influenzato certamente dalle

---

<sup>3</sup> Seppure forse meno rispetto ad altre regioni italiane. Se si assume ad esempio come indicatore (tra altri) il numero di ecografie effettuate in gravidanza, il Piemonte nel 2013 è la regione con il più basso numero di ecografie effettuate per parto in Italia: 3,8 contro una media nazionale di 5,3 (e con al polo opposto la Basilicata con 7 ecografie) [Ministero della Salute 2013]. Come anche osservando la distribuzione regionale dei parti secondo i professionisti sanitari presenti al momento del parto, in Piemonte, appare la più bassa in Italia la percentuale relativa al ginecologo (64,30% contro una media dell'88,09) [*ibidem*].

<sup>4</sup> Che si traduce "tecnicamente" nell'affermarsi di modelli organizzativi assistenziali per profilo di rischio e di autonomia ostetrica.

specifiche politiche del paese ospitante [Solé-Auró *et al.*, 2009, 2012]. Per questo è utile forse chiarire quali sono i diritti degli stranieri adulti e minori all'assistenza sanitaria pubblica italiana, in base anche alla provenienza geografica (comunitari o no), considerato che il nostro gruppo di intervistati è formato da immigrati con differenti status legali (cittadini europei i rumeni e non-europei i peruviani e i marocchini).

Il Sistema Sanitario Nazionale italiano garantisce assistenza a tutti i cittadini italiani e anche agli stranieri che si trovino a vario titolo sul territorio nazionale [Toth 2014]. I cittadini comunitari, essendo in possesso della tessera europea di assicurazione di malattia (Team), hanno diritto nel nostro paese al medesimo trattamento degli italiani (così come noi abbiamo diritto alle cure sanitarie negli altri paesi dell'Unione Europea). Alcune nazioni non appartenenti all'UE (tra cui Svizzera, Norvegia, Argentina, Brasile, Australia, Croazia) hanno sottoscritto con il nostro governo un'apposita convenzione, in base alla quale i cittadini di questi Stati (esibendo un apposito attestato, rilasciato nel paese di origine) hanno diritto alla completa assistenza da parte del nostro servizio sanitario pubblico. Anche i cittadini di paesi extra-Ue che non abbiano stipulato con l'Italia alcuna convenzione in materia sanitaria hanno comunque diritto alle prestazioni del Ssn. Gli extracomunitari con regolare permesso di soggiorno possono semplicemente rivolgersi all'Asl di residenza e iscriversi, senza alcun costo, al Ssn: l'iscrizione garantisce la parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani. Anche gli stranieri non in regola con le norme di ingresso o di soggiorno hanno diritto nel nostro paese alle cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali (come precisato dalla L. n.40 del 1998, L.Turco-Napolitano il personale sanitario non può segnalare all'autorità giudiziaria gli stranieri irregolari<sup>5</sup>). In questo caso l'assistenza non sarebbe a titolo gratuito: gli stranieri privi di permesso di soggiorno sono infatti tenuti a pagare per le cure di cui usufruiscono. È tuttavia previsto che l'assistito possa sottoscrivere un'autocertificazione d'indigenza, in cui dichiara di non avere i mezzi per pagare le cure. Così facendo allo

---

<sup>5</sup> Si veda anche T.U. DLgs 25.07.1998, n. 286 e regolamento di attuazione DPR 31.08.1999, n.394

straniero irregolare viene assegnato un codice “Stp” (straniero temporaneamente presente), di durata semestrale ma rinnovabile che dà gratuitamente diritto non solo alle cure d'emergenza, ma a tutte quelle ritenute essenziali.

La tutela della maternità e della salute del minore è garantita a parità di trattamento con i cittadini italiani (secondo la convenzione di New York 20 novembre 1989 modificata in L. 27 maggio 1991, n. 176) e l'assistenza in gravidanza è universale e gratuita per tutte le donne che vivono nel paese indipendentemente dal loro status legale (il Decreto Legislativo 286/1998 ha in particolare esteso il diritto all'assistenza in gravidanza alle immigrate irregolari) (Lariccia *et al.*, 2013b).

Per facilitare l'accesso al Servizio Sanitario degli Stranieri Temporaneamente Presenti (S.T.P.) non appartenenti ai Paesi UE, non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, sono stati istituiti dalla regione Piemonte i cosiddetti Centri ISI, Centri di Informazione Sanitaria Immigrati per gli Stranieri in cui operano mediatori culturali.

### *3. Riorganizzazione dell'offerta assistenziale in area materno-infantile e implementazione dell'Agenda di Gravidanza*

Per contestualizzare i vissuti dei nostri intervistati della gravidanza, della nascita e del dopo con riguardo, in particolare, alla conoscenza, all'uso e al livello di soddisfazione dei servizi socio-sanitari in area perinatale, nei paragrafi che seguono si illustrano le caratteristiche sia dei principali servizi in quest'area sia della loro utenza.

In questo, in particolare, si ricostruiscono le tappe salienti della recente più ampia e generale riorganizzazione del “Percorso Nascita” nella regione Piemonte (che ha coinvolto quindi anche la città di Torino) e le caratteristiche e l'articolazione di tale percorso che costituisce lo sfondo in cui operano e sperimentano l'assistenza alla nascita i nostri intervistati. Ciò a partire da una ricognizione che è stata realizzata attraverso una pluralità di fonti: rapporti di ricerca, siti internet, centri di raccolta ed elaborazione dati, colloqui con testimoni privilegiati e operatori sanitari direttamente coinvolti nell'offerta pubblica in area perinatale e materno-infantile. Nei

successivi paragrafi invece si descrivono caratteristiche ed utenza di alcuni dei principali servizi pubblici: Punti Nascita, Consultori e Servizio parto a domicilio dell'ospedale Sant'Anna.

Il modello organizzativo ed assistenziale in area materno-infantile, operativo nella regione Piemonte al momento della nostra indagine, si delinea a partire dalla D.G.R. 34-8769 del 12 maggio 2008 e dalla pianificazione regionale <sup>6</sup> che definiscono il cosiddetto "Percorso Nascita" che si basa su due elementi: la definizione dei percorsi assistenziali e la costituzione di una rete integrata di servizi territoriali ed ospedalieri <sup>7</sup>.

Le attività realizzate nell'ambito di questo percorso sono riconducibili principalmente agli ambulatori distrettuali, ai consultori familiari e pediatrici, ai punti nascita e ai punti di sostegno per l'allattamento al seno e sono coordinate e collegate in rete attraverso il Dipartimento Materno Infantile <sup>8</sup> (presente in ogni ASL piemontese).

Nella documentazione ufficiale sopra citata, si definisce Percorso Nascita:

l'insieme di tutte le prestazioni offerte dalla Regione Piemonte per promuovere la salute della donna e del bambino e per fornire assistenza in gravidanza, all'atto del travaglio e del parto e successivamente durante l'allattamento e il puerperio. Si tratta di un modello organizzativo ed assistenziale il cui obiettivo è quello di accompagnare la donna/coppia e

---

<sup>6</sup> Deliberazione della giunta regionale (D.G.R) 34 – 8769 del 12 maggio 2008 Obiettivi e Indicatori del "Percorso Nascita" e Piano Socio-sanitario regionale 2007-2010.

<sup>7</sup> Fonte: Atti del convegno promosso dalla Regione Piemonte, dal Coresa (Consiglio regionale di sanità e assistenza) e dall'ARESS (Agenzia regionale di servizi sanitari) sulla "Rete materno infantile regionale" presso l'Aso S. Giovanni Battista-Molinette il 25 novembre 2009.

<sup>8</sup> Nell'ambito del SSN il dipartimento è un'organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute. Ha la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria, il governo clinico, e l'integrazione, il coordinamento e lo sviluppo delle competenze e conoscenze [Ministero della Salute 2005].

il neonato durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il dopo parto, nel loro contesto di vita.

I principi che ispirano tale modello sono il potenziamento e la promozione: della continuità, uniformità e coerenza dell'assistenza, del coinvolgimento della persona assistita e della collaborazione tra questa e i servizi socio-sanitari, della scelta informata e consapevole, della pianificazione assistenziale e, all'interno delle strutture sanitarie, dell'integrazione tra i vari servizi e in particolare del collegamento tra assistenza extraospedaliera e ospedaliera e viceversa.

Al fine di implementare un percorso nascita ispirato a tali principi, è stata ideata e introdotta la cosiddetta Agenda di Gravidanza dall'assessorato alla Tutela della salute e Sanità in collaborazione con l'assessorato al Welfare, l'Aress, la Consigliera di Parità, il Coordinamento dei Consultori Familiari e con gli operatori del territorio e degli ospedali. Distribuita gratuitamente dal 1° ottobre 2009 (e riedita nel 2012), presso i circa 200 consultori del Piemonte, alle donne sia italiane che immigrate in attesa di un bambino, l'Agenda di Gravidanza, oltre ad essere uno strumento degli operatori sanitari per riportarvi (e archiviare in modo sistematico) i dati clinici da monitorare durante la gravidanza e che costituiscono, peraltro, un patrimonio di informazioni necessarie per un'assistenza appropriata e personalizzata, è un mezzo informativo per la donna. Essa, infatti, contiene informazioni sulle opzioni assistenziali possibili per gravidanza, parto e puerperio nell'ottica di agevolare scelte consapevoli, informazioni su azioni di protezione e prevenzione e sui diritti dei lavoratori/delle lavoratrici legati alla maternità e alla paternità, suggerimenti su stili di vita consigliati, evidenze scientifiche, e 16 impegnative mutualistiche per gli esami di base, tutte esenti ticket e già firmate, utilizzabili dalle donne presso (ed esclusivamente) i laboratori e gli ambulatori pubblici; questo significa poter eseguire gli esami comuni per la gravidanza negli ambulatori pubblici senza doversi recare dal medico di famiglia per la prescrizione.

Le principali caratteristiche dell'Agenda sono la focalizzazione sulla fisiologia dell'evento nascita, la visione



olistica dell'assistenza, la promozione della centralità della persona assistita e della sua partecipazione attiva, multidisciplinarietà dell'assistenza alla gravidanza.

Le prestazioni previste per il Percorso Nascita, suddivise per trimestri, sono quelle indicate nel Profilo Assistenziale per la Gravidanza fisiologica (cioè a basso rischio di patologia)<sup>9</sup> concordato tra gli operatori consultoriali e ospedalieri della Regione Piemonte. È tuttavia previsto che ogni singolo servizio e medico prescriva *assistenza addizionale o specialistica* in caso di gravidanza con complicazioni e per le donne e i nati con patologie e complicanze severe.

Così strutturato, il modello di assistenza alla nascita introdotto in Piemonte nel 2009 e l'Agenda di Gravidanza, che si configura come strumento di comunicazione e collaborazione tra la donna e gli operatori, mirano a rifondare la collaborazione tra la donna e i servizi socio-sanitari al fine di promuovere il diritto alla salute, una migliore assistenza e scelte consapevoli da parte della donna veicolando un "rapporto terapeutico" e una "relazione di cura" maggiormente orientato a logiche di *empowerment* piuttosto che di *compliance*<sup>10</sup> e promuovendo una cultura assistenziale più *responsabilizzante*.

Nell'ambito del nuovo Percorso Nascita, infatti, sono "istituzionalizzati" momenti, luoghi e spazi dedicati allo scambio relazionale e clinico in cui l'identità di tutti gli attori che partecipano alla relazione assume diversa ma eguale importanza [Perosino *et al.* 2010].

In questo senso, ma anche nell'ottica di promuovere l'integrazione e il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri (che, come si è più sopra visto, costituisce un altro dei principi cardine di questo modello assistenziale), è ad esempio cruciale il Bilancio di Salute materno-fetale alla 36-37esima settimana di gravidanza che si realizza presso il Punto Nascita prescelto dalla donna, nel cui ambito, questo inizia a "conoscerla" in attesa di prenderla in carico, successivamente,

---

<sup>9</sup> Protocollo 18111/DA2005 del 23-05-2008.

<sup>10</sup> Con la prima espressione si intende la partecipazione attiva dell'assistito/paziente al processo terapeutico o al percorso assistenziale, con la seconda si intende la sua adesione ad un progetto assistenziale.

al momento del parto, predisponendone contestualmente la cartella clinica. Il fatto di aver istituito un coordinamento tra territorio e ospedale attraverso uno specifico servizio di “booking” appare fondamentale in un’ottica di integrazione e continuità dell’offerta assistenziale. Si tratta, infatti, di un importante tentativo di raccordo tra la gravidanza e il momento del parto, se si pensa che in passato la donna veniva seguita in gravidanza da determinate strutture e professionisti e poi arrivava in ospedale in una realtà talvolta sconosciuta e magari in fasi “conciate” come il travaglio che non la metteva nella condizione di instaurare una comunicazione agevole con la (nuova) struttura ospedaliera e i professionisti che la prendevano in carico.

A distanza di circa 5 anni (rispetto al momento della nostra analisi) dalla sua introduzione avvenuta l’1 ottobre 2009, ci sembrano ravvisabili alcuni nodi critici nell’implementazione di questo strumento di politica assistenziale in ambito materno infantile, in relazione alla presenza immigrata nella realtà locale oggetto di analisi. Infatti, nonostante la deliberazione della Giunta Regionale 38-11960 del 4 agosto 2009 preveda esplicitamente la traduzione dell’Agenda di Gravidanza nelle lingue delle popolazioni maggiormente presenti sul territorio piemontese (inglese, francese, spagnolo, arabo e rumeno), a quanto pare, le versioni in lingua straniera dell’Agenda non sono state mai stampate ed ogni Consultorio si organizza con dei fogli aggiuntivi di accompagnamento all’Agenda forniti alla donna straniera al momento della consegna. Tale documentazione aggiuntiva in lingua sintetizza i passaggi cruciali del percorso assistenziale ed era già in uso presso le realtà pubbliche territoriali prima dell’arrivo dell’Agenda di Gravidanza.

Non solo. Di Agenda di Gravidanza nelle menzionate cinque lingue straniere non esistono nemmeno le versioni online<sup>11</sup>: infatti, sul sito della regione Piemonte<sup>12</sup> si legge che:

---

<sup>11</sup> La versione online dell’Agenda di gravidanza, diversamente dalla versione cartacea distribuita presso i consultori, non contiene le impegnative.

<sup>12</sup> <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/documentazione/category/12-agenda-di-gravidanza.html>

Chi volesse solo informarsi sulle opzioni assistenziali possibili per gravidanza, parto, puerperio, stili di vita consigliati, azioni di protezione e prevenzione e i diritti legati alla maternità e alla paternità, può consultare l'Agenda della Gravidanza on line.

Tuttavia su tale sito, al momento dell'indagine, l'unica versione di Agenda di Gravidanza disponibile è quella in italiano, oltre ad una più breve versione in inglese (di 37 pagine contro le 146 della versione italiana).

Riguardo alle cause di questa inadempienza delle disposizioni normative e in particolare dell'indisponibilità delle versioni straniere dell'Agenda sia stampate che online, la gran parte degli operatori socio-sanitario chiamano in causa ragioni economiche (altri anche la scarsa qualità delle traduzioni che si son provate a fare, che distorcevano però il contenuto originario delle informazioni nell'agenda).

Non è chiaro, tuttavia, in che senso la scarsità di risorse economiche, ricorrente nei discorsi degli operatori socio-sanitari consultati, possa essere la causa dell'inadempienza: infatti se è plausibile immaginare che la mancata traduzione costituisca un risparmio per le casse pubbliche, tuttavia lo stesso è difficile pensarlo per le stampe dell'Agenda, se anche alle straniere viene consegnata, comunque, la versione stampata in lingua italiana.

E quanto piuttosto abbiano inciso ragioni legate più al versante dell'organizzazione come ad esempio l'eventuale ravvisabile difficoltà (non dichiarata però dagli operatori da noi sentiti) da parte dei professionisti socio-sanitari italiani a gestire uno strumento stampato in una lingua diversa dalla loro in un quadro in cui è scarsa, rispetto al "fabbisogno", la presenza di mediatori culturali, come testimoniato da diversi operatori sanitari sentiti nell'ambito della nostra indagine e di altre precedenti volte ad indagare culture e prassi nei servizi di assistenza pubblica all'evento nascita a Torino [Perosino *et al.* 2010].

Certo è che per rispondere a tale domanda sarebbe stato utile sapere anche quale *format* avrebbero dovuto avere, nelle intenzioni del legislatore e degli ideatori dell'Agenda di Gravidanza, le versioni in lingue straniere: tutta in lingua straniera oppure una combinazione di italiano e lingua straniera

(ad esempio le parti compilabili dall'operatore sanitario in italiano e le altre, di carattere più informativo per la donna, in lingua straniera)? Non è stato però possibile sciogliere questo nodo nel corso della nostra mappatura attraverso i colloqui con i testimoni privilegiati e l'analisi documentale.

Sta di fatto che (laddove non conoscano ancora bene la lingua del paese di arrivo) ciò potrebbe ostacolare la fruizione da parte delle immigrate delle informazioni e delle evidenze scientifiche contenute nell'Agenda di Gravidanza e, con questo, compromettere, non soltanto una più adeguata erogazione dei servizi sanitari [Rossi e Tognetti 2014], ma il perseguimento stesso degli obiettivi dichiarati da questo modello di politica pubblica in ambito materno-infantile: la promozione sia della collaborazione tra le donne (tutte, italiane e immigrate, quindi) e servizio/professionista sia di scelte assistenziali, di cura e terapeutiche consapevoli, rischiando di praticare modelli assistenziali differenziati a seconda della provenienza geografica della donna assistita, *empowerment* con le autoctone e *compliance* con le immigrate.

Pare stridere anche nell'ambito dell'implementazione di un modello assistenziale improntato, sia *dichiaratamente* che anche *in pratica*, non solo alla flessibilità, all'accoglienza e al rispetto della varietà dei valori sociali e culturali, delle attitudini e dello stile di vita delle donne<sup>13</sup> e delle loro famiglie, ma alla stessa equità: l'Agenda di Gravidanza, infatti, in quanto strumento di politica pubblica rimanda al significato dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) volti a garantire ai cittadini e alle cittadine percorsi di assistenza e cura appropriati ed equi, cioè utilizzabili da ognuna/o, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche e dalle differenti provenienze geografiche [Perosino *et al.* 2010].

In definitiva, può essere un limite tenuto conto che le dinamiche di accesso ai (e modalità di fruizione dei) servizi sanitari sono componente dei processi di inclusione sociale dei cittadini immigrati. Questo a maggior ragione che le donne immigrate, come vedremo nei paragrafi successivi,

---

<sup>13</sup> Si pensi ad esempio all'erogazione di pasti differenziati per le partorienti di diverse provenienze geografiche e confessioni religiose in molti Punti Nascita pubblici.

costituiscono una quota consistente delle utilizzatrici dei servizi pubblici in area perinatale (e nei Consultori sono addirittura la maggioranza).

#### *4. Utenti dei Punti nascita e dei Consultori pubblici torinesi: caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche*

Prima di procedere con la descrizione dei vissuti dell'assistenza socio-sanitaria in area perinatale da parte dei nostri intervistati a Torino, può essere utile fornire qualche dato circa le caratteristiche dell'utenza dei servizi socio-sanitari in area materno-infantile con particolare riguardo ai punti nascita e consultori familiari pubblici della città.

##### *4.1 Punti nascita*

I Punti Nascita (cioè strutture dotate di reparto di ostetricia, sala parto e neonatologia) presenti nella città torinese, al momento dell'indagine, sono quattro. Si tratta degli ospedali Maria Vittoria, Martini, Mauriziano Umberto I e dell'ospedale ostetrico ginecologico Sant'Anna. Il primo è di appartenenza della Asl 2, il secondo dell'Asl 1<sup>14</sup>, il Mauriziano e il Sant'Anna sono invece degli ASO (aziende ospedaliere). Tranne il Martini, che è un ospedale di II livello, tutti sono di III livello<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> A Torino la riorganizzazione e l'accorpamento delle ASL da quattro a due è di poco precedente all'introduzione del nuovo Percorso Nascita (D.P.G.R. n° 80 del 17.12.2007). L'ASL TO1 organizza i servizi sanitari delle Circoscrizioni 1, 2, 3, 8, 9 e 10 e, dunque, ha competenza sui consultori e sugli ospedali pubblici collocati in esse; l'ASL TO2, invece, su quelli delle Circoscrizioni 4, 5, 6, 7.

<sup>15</sup> I livelli si riferiscono alle disposizioni del progetto Obiettivo Materno infantile 1998/2000, alla Legge Regionale n. 61 del 12 dicembre 1997 ed alla DGR n. 4-270 01, aprile 1999. Il I livello dovrebbe assistere un numero non inferiore a 400 parti l'anno da gravidanze fisiologiche che si espletano oltre le 34 settimane di età gestazionale; il II livello dovrebbe assistere un numero non inferiore a 800 parti all'anno e accogliere gravidanze a rischio "medio" e neonati che nascono dopo le 32 settimane di età gestazionale; il III livello è dotato di terapia intensiva neonatale, e dovrebbe accogliere gravidanze ad

Per analizzare l'utenza dei punti nascita cittadini, qui di seguito, si utilizzano i dati provenienti dai Certificati di assistenza al parto (CEDAP) relativi agli anni 2010, 2011 e 2012<sup>16</sup>.

Le variabili riguardo alle quali sono stati forniti dati su un totale di 35238 casi (di parto<sup>17</sup>) sono le seguenti: punto nascita in cui ha avuto luogo il parto, età della madre e del padre del bambino partorito, stato civile della madre, titolo di studio della madre e del padre, condizione professionale della madre e del padre, regione di residenza della madre, comune di residenza della madre, comune di nascita della madre e del padre, cittadinanza della madre e del padre, numero di visite di controllo in gravidanza, parti precedenti (sì, no), numero di nati vivi nei parti precedenti, numero di nati morti nei parti precedenti, data parto, vitalità (nato vivo, nato morto).

Nel triennio considerato è il Sant'Anna l'ospedale che registra il maggior numero di parti (con trend crescente: 7755 nel 2010, 7910 nel 2012), seguito dal Maria Vittoria (con trend invece negativo: 1737 nel 2010, 1639 nel 2012), Maurizioano e Martini (anche questi entrambi con trend positivo; rispettivamente 1270 parti nel 2012 + 28 parti rispetto al 2010 e 1074 parti nel 2012 + 32 parti rispetto a due anni prima)<sup>18</sup>. La quota di parti da donne straniere è gran lunga più elevata al Martini e al Maria Vittoria dove essa supera il 40% di tutti i parti e addirittura nel 2012 al Martini è quasi la metà (46,8%). Al Sant'Anna è straniera 1 madre su 4; percentuali analoghe al Maurizioano.

---

alto rischio e patologiche e neonati che nascono anche al di sotto delle 32 settimane di età gestazionale.

<sup>16</sup> I dati sono stati forniti, su richiesta, dal Servizio sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3 Regione Piemonte e trasferiti, codificati ed elaborati attraverso il software statistico SPSS.

<sup>17</sup> Questo significa che una stessa donna può aver partorito più figli e quindi essere registrata più volte nell'archivio di dati Cedap.

<sup>18</sup> Occorre precisare che una parte delle partorienti proviene da altre regioni italiane. Tuttavia tale percentuale (definita "mobilità attiva") è trascurabile e negli anni va, a seconda del punto nascita considerato, dall'0,7 al 2,9%. Essa, in particolare, nel triennio considerato è cresciuta per l'ospedale Maria Vittoria e Maurizioano, si è ridotta per il Sant'Anna, è rimasta infine sostanzialmente stabile per il Martini (sotto l'1%).

Quanto alle caratteristiche socio-anagrafiche ed epidemiologiche delle partorienti/puerpere, nel triennio considerato, senza distinguere tra italiane e straniere, l'età più frequentemente registrata tra le madri che hanno partorito presso gli ospedali considerati (=moda) è 34 anni mentre l'età media è di 32 anni. I 2/3 di esse sono coniugate, quasi il 30%<sup>19</sup> nubili, meno del 5% divorziate/separate o vedove. Quasi il 40% di tutte le partorienti nel triennio 2010-2012 possiede, poi, un diploma di scuola media superiore, circa 1/5 la laurea, 1/4 la licenza media inferiore, circa il 6% il diploma di scuola professionale, il resto (circa l'1%) ha al massimo la licenza elementare (quando non possiede nessun titolo di studio).

Rispetto alle italiane le donne immigrate diventano madri più giovani: quelle che hanno partorito il loro primo figlio tra il 2010 e il 2012 in uno dei punti nascita cittadini hanno un'età media di 28 anni contro 33 delle italiane. Hanno mediamente titoli di studio più bassi: in tutti gli ospedali la quota di straniere che possiedono la laurea è più bassa di quella riscontrata tra le italiane di 16,9-22,2 punti percentuali. E molto più alta è, per contro, la quota di immigrate che possiedono un basso livello di istruzione (licenza media), soprattutto tra chi ha partorito al Maurizioano, Sant'Anna e Maria Vittoria.

Per quanto riguarda la condizione professionale, nel complesso la gran parte delle partorienti/puerpere (circa il 68%) è occupata al momento del parto, quasi il 18% è casalinga, infine, circa il 10% è disoccupata. Tra le immigrate è di gran lunga più bassa, rispetto alle italiane, la quota di occupate: da -38,9% al Martini fino a -45,2% al Maria Vittoria. Più diffusa tra le immigrate è non soltanto la condizione di disoccupata ma soprattutto quella di casalinga: dichiara di essere casalinga da circa un terzo delle immigrate che hanno partorito al Sant'Anna sino a oltre la metà di quelle che hanno partorito al Maria Vittoria e al Martini. Tra le italiane la percentuale di chi si auto-dichiara casalinga va invece dal 7% al Sant'Anna al 17,3% al Martini.

Il 54,6% di tutta la popolazione osservata (in tutti e tre gli anni considerati) si trova nella fase del corso di vita della

---

<sup>19</sup> A meno che non diversamente indicato, le percentuali fornite sono da intendersi al netto dei dati *mancati*.

transizione alla genitorialità, cioè è al primo figlio (il 56,9% delle italiane contro il 49,2% delle straniere). La quota di donne per le quali quello partorito è il secondo figlio si aggira intorno ad 1/3. Per meno di una donna su dieci, quello partorito è il terzo figlio. Incrociando la condizione di primipara con l'età è possibile stimare la consistenza di due condizioni opposte che qui definiamo (*very*) *young motherhood* e *late motherhood*, intendendo con la prima espressione la transizione al primo figlio delle minori di 18 anni e con la seconda la transizione al primo figlio dai 40 anni in su. Tra la popolazione femminile considerata, i casi di primipare di età uguale o superiore ai 40 anni risultano essere 6,5% un po' più basso rispetto al dato relativo alla regione Piemonte complessivamente considerata [Ministero della Salute, 2013, p. 26], quelli di primipare minorenni 0,5%. Il fenomeno della *young motherhood* è relativamente più diffuso tra le straniere (1,2% contro 0,3 delle italiane), mentre quello della *late motherhood* interessa più frequentemente le italiane (8% contro 2,4%).

I dati Cedap consentono anche di stabilire il numero di visite effettuate dalle madri nell'arco della gravidanza. Nel complesso, nel triennio considerato, la quota di donne che si sono sottoposte a più di 4 visite durante la gravidanza è in aumento in tre punti nascita su quattro e va, nel 2012, dall'82,4% del Martini al 95,4% del Sant'Anna (rispettivamente +1,5% e +11,8% in confronto al 2010). Tra le straniere la percentuale di donne che hanno effettuato sino a un massimo di 4 visite in gravidanza è doppia rispetto a quella riscontrata tra le italiane (14%). Come interpretare questo dato? È connesso a visioni e significati culturali della nascita [Jordan 1992] cui sono associate credenze diverse, da quelle delle donne italiane, circa quante volte andare dal dottore e circa la "giusta" importanza da attribuire all'assistenza medica. O piuttosto, tale dato chiama in causa una maggiore difficoltà di interazione per gli immigrati con il mondo dei servizi? A tal riguardo, Mondo [2007] sottolinea il ruolo che una diversa lunghezza della storia migratoria (breve, media, lunga) può giocare nel determinare i profili di salute e i bisogni tra le immigrate (in gravidanza e nel parto), più "problematici" soprattutto per chi si trova da poco nel nostro Paese.



## 4.2 Consultori familiari

Nell'ambito dell'implementazione del Percorso Nascita e dell'Agenda di Gravidanza i consultori familiari hanno riacquisito una rinnovata centralità e non soltanto perché sono il luogo dove fisicamente quest'ultima viene distribuita; come anche l'immagine ne è stata simbolicamente riscattata, dichiarano alcuni testimoni privilegiati, *da luoghi per l'aborto a luoghi per la nascita e la vita*.

Istituiti dalla Legge 29 luglio 1975 n. 405 i consultori, com'è noto, sono strutture sanitarie territoriali che si occupano di informazione, consulenza, prevenzione, diagnosi e terapia di competenza del Servizio Sanitario Nazionale. Offrono informazioni, indicazioni e assistenza a singoli e coppie in relazione alle tematiche della sessualità: contraccezione, procreazione responsabile, gravidanza, prevenzione e cura delle infezioni sessualmente trasmissibili e delle malattie ginecologiche femminili. Mirano ad offrire i mezzi necessari e le informazioni più idonee a promuovere o a prevenire la gravidanza, tutelando la salute della madre e del bambino fin dal suo concepimento. Tra le prestazioni che essi forniscono vi sono: educazione alla sessualità e alla procreazione responsabile, coinvolgendo in modo particolare le scuole; visite ostetrico-ginecologiche alle donne in età fertile; assistenza alla donna in gravidanza e prevenzione delle malattie congenite ed ereditarie; corsi di accompagnamento alla nascita. All'interno di essi operano diversi professionisti: medici, ginecologi, ostetriche, psicologi e assistenti sociali, legali.

Ai consultori pubblici si accede gratuitamente e senza impegnativa del medico curante. Possono usufruirne tutti i cittadini italiani e gli stranieri residenti o che soggiornino, anche temporaneamente, sul territorio italiano, anche se non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale. Per colloqui informativi con il personale non medico si può accedere liberamente al servizio durante l'orario di apertura. Le consulenze e le visite con i medici avvengono, invece, su appuntamento da concordare telefonicamente o di persona. Per usufruire di questi servizi è necessario rivolgersi al Consultorio di

competenza territoriale. A Torino ci sono 16 consultori familiari dislocati sulle 2 ASL cittadine.

Analizzando i dati relativi a tutti e 16 consultori torinesi dell'ASL TO1 e TO2<sup>20</sup>, in concomitanza all'entrata a regime dell'Agenda di Gravidanza, si registra un aumento del numero delle utenti gravide, specie straniere (siano esse regolari, ENI o temporaneamente presenti sul territorio torinese). Nel 2012 le donne complessivamente seguite durante la gravidanza da uno dei consultori torinesi sono state 2955 (con un trend in aumento rispetto all'anno precedente: +116 gravide). Di queste sono straniere il 69,2%. La situazione è però differenziata per ASL. Le utenti straniere seguite in gravidanza sono in proporzione più numerose nei consultori dell'ASL TO2: nel 2012 73,1% su un totale di 1525 gravide assistite contro 65,9% su un totale di 1410 nei consultori dell'ASL TO1, con trend però diversi tra i due; infatti tale quota è in leggero calo nei consultori della ASL TO1 (-2% rispetto all'anno precedente) e in aumento in quelli della TO2 (+6,4 rispetto al 2010<sup>21</sup>). Differenze si riscontrano tra i due gruppi di consultori anche riguardo al peso che va negli anni assumendo la quota di italiane tra le utenti gravide: in leggero aumento tra il 2011 e 2012 nella ASLTO2 (+2%) e in calo nella ASLTO1 (+5%) tra il 2010 e il 2012.

Le agende di gravidanza consegnate nei 16 consultori cittadini nel 2012 sono state 5428 (3286 nell'ASLTO1 e 2142 nell'ASLTO2). Colpisce un dato relativo ai consultori dell'ASLTO2: a fronte di 1115 gravide straniere assistite sono state distribuite solo 605 Agende di Gravidanza, mentre a fronte di 410 italiane seguite in gravidanza, ne sono state distribuite 1537. Questo dato, occorre precisarlo, include anche le donne gravide che hanno ritirato l'agenda presso uno dei consultori dell'ASLTO2 ma che poi si sono fatte seguire da altre strutture e/o professionisti (ricordiamo che tutte le donne, non solo quelle che optano per il percorso consultoriale, possono ritirarla). È per tale motivo che, ad esempio, sono più le italiane cui è stata data l'agenda di quelle che poi sono state

---

<sup>20</sup> I dati sono stati forniti su richiesta dai Dipartimenti Materno Infantile S.C. OST-GIN. Consultori Familiari e Pediatria di Comunità di ciascuna ASL.

<sup>21</sup> Per i consultori dell'ASLTO2 non sono disponibili i dati relativi al 2010, per questo il riferimento al 2011 qui e subito dopo.

effettivamente seguite in uno dei consultori in oggetto. Ma per le stesse ragioni appare strano, basso, il numero di agende distribuite alle straniere. Se *almeno* a tutte le straniere gravide seguite in questi consultori fosse stata consegnata l'Agenda di Gravidanza queste sarebbero dovute essere 1115. Non sappiamo quale sia la situazione su questo aspetto nei consultori dell'ASLTO1 perché il dato disaggregato per provenienza geografica della donna non è disponibile tra quelli su richiesta forniti dai consultori di questa ASL. In ogni caso, sembra confermata ulteriormente il sospetto che qualcosa non abbia funzionato totalmente nell'implementazione di questo strumento con riguardo alla popolazione immigrata.

Nonostante le straniere rappresentino, come si è visto, almeno i due terzi delle donne assistite in gravidanza nei consultori cittadini queste costituiscono una quota minoritaria, rispetto alle italiane, tra le frequentanti dei corsi di preparazione alla nascita da questi erogati nel 2012 (37,2% contro 62,8%). Alcuni professionisti ed operatori socio-sanitari con i quali abbiamo avuto colloqui nell'ambito dell'indagine e che confermano la scarsa tendenza da parte delle immigrate a frequentare i corsi di preparazione alla nascita l'attribuiscono alla scarsa conoscenza della lingua e sottolineano, sulla base di esperienze passate in tal senso, il valore aggiunto e la capacità di attrazione di corsi di preparazione al parto per sole straniere condotti con la collaborazione di mediatrici culturali (*"se no – c'è chi afferma - la donna che partecipa è quella che parla bene l'italiano"*).

#### *4.3 Servizio Parto a Domicilio dell'Ospedale Sant'Anna*

Per l'unicità che rappresenta nel panorama nazionale e per contestualizzare l'esperienza che ne hanno fatto alcune delle madri italiane intervistate che costituiscono il nostro gruppo di controllo rispetto alle immigrate, qui di seguito ci pare opportuno presentare la storia e le principali caratteristiche di un altro servizio pubblico (e delle sue utenti) nella città di Torino: il Servizio Parto a Domicilio dell'Ospedale Sant'Anna.

Istituito nel 1997 su base della normativa della Regione Piemonte, è stato il primo (nonché, al momento dell'indagine, è

l'unico) servizio pubblico di assistenza al parto domiciliare sorto in Italia.

Il team, formato da un'ostetrica referente e due ostetriche dedicate (3 dal 2010 al 2013), svolge la sua attività in autonomia professionale ma si avvale della consulenza di medici, ginecologi e pediatri, dell'A.O. Sant'Anna.

Il Servizio, che non prevede contribuzione al costo da parte del beneficiario<sup>22</sup>, propone un percorso di assistenza alla gravidanza fisiologica per donne sane, con gravidanza a basso rischio<sup>23</sup>.

Secondo quanto stabilito dai protocolli del servizio<sup>24</sup>, la coppia che sceglie il parto in casa contatta il servizio ad inizio gravidanza e fa richiesta alla Direzione Sanitaria dell'ospedale Sant'Anna per essere seguita dall'equipe ostetrica. Le donne che scelgono di seguire il percorso Parto a domicilio del Sant'Anna condividono il percorso con le altre mamme che seguono lo stesso tipo di percorso; a tal fine, dalla 26esima settimana di gravidanza, partecipano ad un corso di preparazione alla nascita specificamente dedicato a questo tipo di percorso nascita.

Vengono programmati bilanci di salute mensili fino alla 37-38esima settimana di epoca gestazionale, epoca in cui, rimanendo confermate tutte le condizioni di fisiologia<sup>25</sup> e le motivazioni della coppia per il parto a domicilio, parte la reperibilità di 2 ostetriche, 24 ore su 24. In reperibilità le ostetriche eseguono i bilanci settimanalmente presso il domicilio della donna assistita, fino alla 40esima settimana di

---

<sup>22</sup> È anzi previsto un rimborso fino ad un importo massimo di Euro 930,00 (Deliberazione della Giunta Regionale 7 maggio 2002 n. 80-5989).

<sup>23</sup> Uno dei requisiti richiesti dal Protocollo del servizio per poter accedere al percorso Parto a domicilio è che l'abitazione della paziente non disti più di 30-40 minuti dall'ospedale poiché al momento del parto deve essere velocemente raggiungibile qualora ciò si rendesse necessario per sopravvenute complicanze. All'ospedale più vicino (o comunque quello di riferimento della donna) le ostetriche del servizio Parto a domicilio inviano una lettera in cui lo avvisano che la donna partorirà in casa e che nel caso di urgenze si recheranno (con l'automobile della coppia) in quel punto nascita.

<sup>24</sup> "Assistenza domiciliare al parto: Protocolli 2012".

<sup>25</sup> Ad esempio, la donna deve arrivare a termine di gravidanza in buona salute e il bambino deve essere cresciuto bene ed essere in presentazione cefalica.

epoca gestazionale. A partire da 41 settimane e fino a 41 sett. + 6 giorni si accede a monitoraggio bio-fisico fetale con bilancio di salute ambulatoriale. A 42 settimane compiute è prevista l'ospedalizzazione e la coppia si rivolgerà al punto nascita di sua scelta.

Se la donna/coppia sceglie l'A.O. O.I.R.M. Sant'Anna, le ostetriche sono autorizzate a completare l'assistenza al parto in continuità assistenziale. Anche qualora la donna/coppia scegliesse un ospedale diverso dal Sant'Anna, l'Azienda garantisce continuità assistenziale a domicilio, da parte delle ostetriche del Parto a Domicilio dopo la dimissione della donna e del neonato.

Il servizio prevede infatti anche la seguente offerta assistenziale durante il post parto: assistenza ostetrica domiciliare nei primi quattro o cinque giorni dopo il parto con 1 o 2 visite al giorno, secondo le necessità; una visita intorno alla decima giornata; riabilitazione perineale dopo-parto; visita presso l'ambulatorio dopo un mese dal parto, reperibilità telefonica delle ostetriche; incontro di mamme e bambini a piccoli gruppi tra il primo e il secondo trimestre di vita del bambino; corso di massaggio neonatale.

La tabella sottostante riporta il numero di parti avvenuti tra il 2010 e il 2012 (e nel quindicennio di attività del servizio), quello delle visite complessivamente effettuate, e infine, il numero di gravidanze seguite dalle ostetriche del servizio, comprese quelle che si sono, però, poi concluse con il parto in ospedale o a domicilio ma non con il servizio pubblico sant'Anna (con ostetriche libere professioniste ad esempio):

Tab. 1. Numero di utenti<sup>26</sup>

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	Totale 15ennio (1997-2012)
Totale visite	842	597	525	Dato mancante
Gravidanze seguite	57	54	36	718
Parti avvenuti a domicilio	39	23	15	307 <sup>27</sup>

<sup>26</sup> I parti a domicilio in tutta la regione Piemonte rappresentano circa il 2% di tutti i parti.

<sup>27</sup> Di cui il 32% primipare.

Nostra elaborazione su dati forniti su richiesta dal Servizio parto a domicilio OIRM Sant'Anna di Torino. Attività svolta dall'1/07/1997 (anno di attivazione del servizio) al 31/12/2012.

Le donne seguite dal servizio parto a domicilio del Sant'Anna sono in prevalenza a medio-alto titolo di studio e quasi esclusivamente italiane (le straniere sono 2-5 nel triennio). Per la gran parte di esse, poi, la gravidanza non è la prima: nel triennio considerato sono 89 (il 60%) le donne al secondo, terzo o quarto figlio su un totale di 147 che sono state seguite in gravidanza dal servizio Parto a domicilio del Sant'Anna. L'età media delle madri, poi, è cresciuta da 33 anni nel 2010 e 2011 a 35 nel 2012, con un intervallo che va da 20 a 41 anni. Quanto al luogo del parto, le donne che hanno seguito il percorso di assistenza per gravidanza fisiologica del Servizio Parto a domicilio del Sant'Anna hanno partorito in ospedale in circa la metà dei casi nel 2011 e 2012 (un po' meno, circa il 40%, nel 2010). Hanno effettivamente partorito a domicilio con il servizio pubblico del Sant'Anna quasi il 40% delle donne nel 2011 e 2012 (nel 2010 tale percentuale si aggira intorno al 58%). In pochi casi (7 in tutto il triennio) il parto è stato espletato, sì, in casa ma non con le ostetriche del Sant'Anna.

Il numero di gravidanze seguite e di parti a domicilio effettuati da questo servizio potrebbe essere potenzialmente più elevato di quello effettivamente riscontrato; il contenuto numero di ostetriche dedicate (dal 2013 due), infatti, contribuisce plausibilmente a mantenere basso il numero di donne realisticamente seguibili dal servizio, se deve essere assicurata la reperibilità delle ostetriche 24 ore su 24 e devono essere evitato il rischio di accavallamento dei parti. Se questo è un "limite" del servizio, un vantaggio invece è rappresentato dal risparmio per la spesa pubblica (rispetto a quella in ospedale) che questa modalità di parto consente in quanto non ci sono costi di ricovero (posto-letto, pasti ecc.) e si fa un ricorso inferiore ad apparecchiature mediche.

*5. Percorsi assistenziali degli intervistati nell'evento nascita: caratteristiche e vissuti*

### *5.1 Campione e quadro generale dell'uso dei servizi*

In questo paragrafo analizziamo caratteristiche e motivazioni delle scelte assistenziali e dell'uso dei servizi in area perinatale da parte di un gruppo di 36 immigrati peruviani, marocchini e rumeni intervistati tra il 2012 e il 2015 a Torino<sup>28</sup>.

Il campione è composto da:

- nove coppie eterosessuali a doppia partecipazione nel mercato del lavoro in transizione alla genitorialità in cui sia la futura madre che il futuro padre sono stati intervistati durante la gravidanza e alcuni (in quattro coppie) anche dopo circa 18 mesi dalla nascita del loro primo figlio (per un totale di 26 interviste semi-strutturate).

- genitori immigrati di bimbi di età compresa tra 0 e 6 anni (per un totale di 18 interviste)

Queste 44 interviste con genitori immigrati sono state confrontate con 88 interviste longitudinali realizzate con 22 coppie italiane, come le nove straniere, a doppia partecipazione e al primo figlio, e con la stessa traccia di intervista.

Al momento delle interviste realizzate durante la gravidanza, la maggior parte delle future madri e dei futuri padri immigrati ha meno di 30 anni, diploma di maturità o laurea, lavori poco qualificati nel settore dei servizi. Solo in un caso entrambi i partner hanno un contratto di lavoro a tempo indeterminato; negli altri almeno un partner ha un contratto temporaneo o è lavoratore autonomo o disoccupato. In quasi tutti i casi (7/9) il reddito netto di coppia non supera i 1500 euro. Queste caratteristiche sono molto diverse da quelle delle coppie italiane (eccetto, in parte, il livello di istruzione che è medio-alto anche in questo caso) che costituiscono il nostro gruppo di controllo: in questo caso, infatti, i futuri padri e madri hanno, in gran parte, tra i 30 e i 39 anni, un elevato livello di istruzione, un'occupazione qualificata nel settore dei servizi. Le coppie italiane in cui entrambi i partner lavorano con un contratto a tempo indeterminato, sono più numerose che tra le coppie immigrate (9/22), e più elevato è il reddito medio di coppia (nella metà dei casi, fino a 3000 euro).

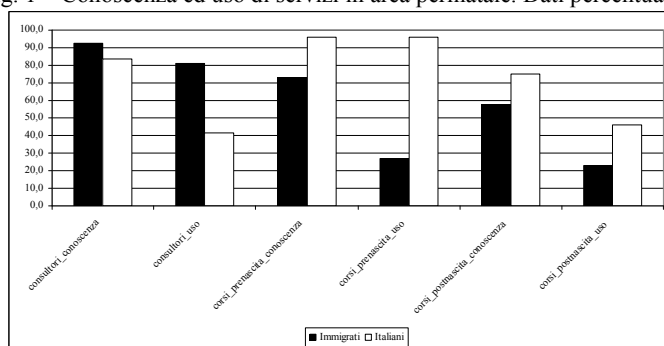
---

<sup>28</sup> Gli immigrati dal Marocco, Perù e Romania, sono tre dei gruppi nazionali più numerosi a Torino.

Quanto all'altro gruppo di intervistati immigrati, cioè i genitori di bambini di età 0-6 anni, in maggioranza sono madri (13/18), hanno due o più figli di cui il più piccolo ha meno di tre anni e, fatta eccezione per l'età che in questo caso mediamente è superiore rispetto a quanto riscontrato nel primo gruppo (si concentrano nella coorte 30-39 anni), presentano caratteristiche socio-demografiche simili al primo gruppo: hanno un livello di istruzione medio-alto, lavori irregolari<sup>29</sup> e poco qualificati nel settore dei servizi (soprattutto colf e badanti), un reddito medio di coppia al massimo di 1900 euro.

Dai dati relativi a 50 degli 80 madri e padri intervistati (di cui 26 stranieri e 24 italiani, 29 donne e 21 uomini), ricavati da batterie di domande a risposta chiusa somministrate a conclusione dell'intervista qualitativa<sup>30</sup>, si evince quanto sinteticamente illustrato nel grafico sottostante.

Fig. 1 – Conoscenza ed uso di servizi in area perinatale. Dati percentuali



N=50.

<sup>29</sup> Soltanto 1 intervistato su 3 ha un contratto di lavoro regolare a tempo indeterminato.

<sup>30</sup> Nel caso delle coppie italiane e straniere si tratta dell'intervista di II wave successiva alla nascita. La domanda era formulata così: "Per concludere e sintetizzare quanto detto prima, di seguito troverà un elenco di servizi che potrebbero essere presenti nella Sua zona; Le chiediamo di indicare, per ciascuno di essi, se ne conosce l'esistenza, se lo ha utilizzato, e, nel caso di risposta affermativa, di indicare il Suo grado di soddisfazione in riferimento all'utilizzo che ne ha fatto. Nel rispondere può scegliere tra: 1) Per nulla soddisfatto, 2) poco soddisfatto, 3) abbastanza soddisfatto, 4) molto soddisfatto, 5) del tutto soddisfatto".



Come si vede, a fronte di un livello di conoscenza del servizio consultoriale, a farne uso sono soprattutto gli immigrati: quasi tutti gli immigrati intervistati dichiarano di averlo usato contro meno della metà degli italiani. La situazione è diversa con riferimento ai corsi di preparazione alla nascita (in ospedale o presso i consultori) e a quelli post: in proporzione, meno intervistati immigrati dichiarano di conoscerli e usarli. Sia questo dato che il precedente confermano quanto già rilevato nei paragrafi precedenti (vedi ad esempio § 4.2) a proposito della tendenza degli immigrati (delle immigrate in particolare), se confrontate con gli italiani, ad usare i consultori più frequentemente e al contempo a partecipare poco ai corsi pre e post nascita.

Anche nel gruppo di immigrate intervistate solo in I wave (durante la gravidanza) ma cadute in II e alle quali quindi non è stato possibile somministrare le batterie di domande a risposta chiusa emerge che i servizi/professionisti più usati in gravidanza sono quelli consultoriali e che scarsamente usati sono i corsi pre e post parto.

Quanto ai livelli di soddisfazione associati all'uso di un certo servizio, per "misurarli" sono state usate scale Likert dove ad 1 corrisponde il dichiararsi "per nulla insoddisfatto/a" e a 5 "del tutto soddisfatto/a". Gli intervistati immigrati che hanno usato il consultorio (che abbiamo visto essere più numerosi in percentuale) si dichiarano più frequentemente (=valore modale) "abbastanza soddisfatto" (=3), quello degli italiani "molto soddisfatto" (4). Analogo il livello di soddisfazione nei due gruppi riguardo ai corsi pre nascita, leggermente meno soddisfatti gli immigrati rispetto agli italiani anche riguardo i corsi post nascita.

### *5.2 I vissuti dell'assistenza alla nascita tra (non)ricerca di riferimenti "autorevoli" e desiderio di "umanizzazione"*

L'analisi di tutte le 44 interviste qualitative con i 36 peruviani, rumeni e marocchini (e delle 88 con gli italiani per confronto) ci consente di esplorare più a fondo i vissuti e i significati dei percorsi assistenziali intorno all'evento nascita e le motivazioni alla base delle scelte.

Nel complesso essa conferma il maggior (anzi quasi esclusivo) ricorso da parte delle immigrate ai servizi pubblici consultoriali ed ospedalieri rilevato attraverso le batterie di domande a risposta chiusa somministrate ad una parte del campione (che ricordiamo essere costituita da 50 su 80 intervistati stranieri e italiani); mentre una situazione più variegata si riscontra tra le italiane che tendono a combinare un mix di servizi pubblici e privati nei loro percorsi che si configurano pertanto come meno “standardizzati” e più “personalizzati” rispetto a quanto riscontrato per le immigrate. Confermata anche la scarsa frequenza a corsi pre e post nascita che invece, sia di tipo pubblico che privato, medico-ostetrico e non (ad esempio corsi di yoga, massaggio infantile ecc.), sono molto frequentati tra le italiane.

Nel complesso, l'analisi conferma il buon livello di soddisfazione per i servizi fruiti e i percorsi assistenziali seguiti, emerso dalle batterie. A titolo esemplificativo ad esempio Renata Alba, rumena, così racconta la sua esperienza con un consultorio dell'ASLTO2:

**Consultorio, preso l'agenda di gravidanza e come ti sei trovata fino a adesso?**

Benissimo, sono proprio in gamba infatti quando sono arrivata lì c'era solo l'ostetrica... una ragazza molto giovane e fa: “sì, adesso arrivo subito”. Quando sono entrata arriva subito, parliamo poi, io l'ho guardata e dico “mah” mi veniva da dire “dov'è /la dottoressa?”/ (*ridendo*), e niente però una ragazza molto in gamba e molto, molto preparata, /son rimasta/ (*ride*) un po' così però... mi ha fatto piacere che ci sono persone così /così preparate/ (*sorride*) e quindi sì, sia lei che la dottoressa sono brave tutt'e due.

E Clarissa, peruviana:

il consultorio familiare mi ha aiutato tanto, pure dopo la nascita mi hanno spiegato l'allattamento, e anche c'era la ehm la ginnastica per, per il parto, cioè loro mi hanno aiutato tanto, non posso lamentarmi, sono stati tanto bravi, più /della pediatra/ (*ridendo*). Perché non... cioè non ho avuto molta informazione da lei, però il consultorio familiare è sempre, sempre quando ci vado anche se non so, ormai non devo andare lì perché devo andare dalla pediatra, vado sempre lì diciamo a rompere le scatole, loro mi ricevono.

Il confronto con le madri e i padri italiani ci restituisce l'immagine di un'esperienza assistenziale per certi versi simile per molti altri diversa. In particolare, in linea con quanto evidenziato dalla letteratura internazionale [Bruer 1999; Wall 2004, 2010; Wilson 2002 in Faircloth 2010, p.1], i (futuri) padri e soprattutto le (future) madri italiani tendono molto a mobilitare, interpretare e usare le cosiddette "evidenze scientifiche" e il sapere esperto nei loro racconti per motivare e giustificare scelte, ideali e credenze circa, non soltanto la "buona" genitorialità e il benessere infantile [Musumeci *et al.* 2015], ma le stesse scelte di assistenza in gravidanza, per il parto e il post.

In questo senso la cultura della nascita e dell'assistenza ad essa di questi intervistati attribuisce un valore e un'importanza cruciali ai suoi esperti e professionisti e si alimenta, produce e riproduce non soltanto attraverso le pratiche e i discorsi nelle interazioni terapeutiche paziente/assistita-professionista [Favretto & Zaltron 2013] ma anche, indirettamente, attraverso una prospera industria culturale (libri, bestsellers, riviste, film, siti web, trasmissioni radio, e programmi televisivi<sup>31</sup>) [Fairthcloth, Hoffman, & Layne 2013; Martin 2014]. Sono più le donne degli uomini che tendono a ricercare informazioni e consigli sulla gravidanza, il parto e l'allattamento come anche a riferirsi ai discorsi degli esperti per motivare oltre alle scelte di cura del bambino (Musumeci *et al.* 2015) quelle del percorso assistenziale durante l'evento nascita.

Ma a quali esperti e a che tipo di conoscenze fanno riferimento i nostri intervistati italiani? Com'è noto, nonostante l'approccio/modello assistenziale prevalente nell'evento nascita è quello della medicalizzazione della gravidanza, parto e post parto e il contesto in cui lo si pratica è quello di una crescente "medicina difensiva", gran parte dei discorsi esperti (a partire dalle indicazioni dell'OMS) enfatizzano l'importanza di un modello assistenziale cosiddetto "umanizzato" in cui alla madre si riconosce un ruolo attivo e cruciale per la "buona riuscita" di parto e allattamento. Da ciò deriva una "retorica"

---

<sup>31</sup> Si pensi ad esempio, ai reality "*Ostetriche*" e "*24 ore in sala parto*" su Realtime.

naturalizzante sulle competenze innate della madre nel dare alla luce e nell'allevamento.

Coerentemente con questo quadro, è molto presente e forte, nei discorsi delle nostre intervistate italiane, l'idea e il desiderio di fare un'esperienza di parto e allattamento, per quanto possibile, intima, naturale e "familiare" per sé e il bambino. Diverse hanno optato per percorsi assistenziali personalizzati al parto e in gravidanza improntati alla fisiologia, all'umanizzazione e alla de-medicalizzazione (come ad esempio il parto a domicilio, in acqua, percorsi con ostetriche libere professioniste, ecc.). Ad esempio Carla Spengi interrogata sui motivi della scelta del parto in casa afferma:

in primis devo dire che non amo gli ospedali, non mi piace come viene trattata la gente, non c'è personalizzazione cioè è tutto standardizzato, è tutto... è tutto *senza umanità*. [...] quella è la prima cosa. La seconda cosa è che non mi piace l'idea di trovarmi in una stanza magari soggetta a tutte le altre mamme che sono magari lì che devono partorire: una che c'ha paura, l'altra che grida, l'altra che dice, l'altra che racconta l'altro parto. Non voglio quella tensione lì. Mi, mi piace l'idea di vivermelo in solitaria. In solitaria vuol dire, non da sola. [...] è un evento naturale e non voglio renderlo ospedalizzato proprio apposta [...] se ci sono tutti i criteri si può fare, quindi cosa c'è di meglio che starsene a casa con due persone che ti seguono? Questo è il mio pensiero: l'idea di stare più tranquilla, di poter sentire perché quando uno è in ospedale non puoi sentire... non hai la possibilità, c'è troppo rumore, c'è troppa luce, c'è troppo casino, ci sono le emergenze, ci sono altre che partoriscono, non sei nella condizione secondo me ideale per partorire. Questo è quello che ovviamente sento, penso io. Poi leggendo i libri scopri che giustamente questi nanerottoli vengono fuori da un ambiente buio, silenzioso dove c'è tutto... [...] vengono presi, messi nella luce di botto, nel rumore, lavati, strigliati, girati, tagliato il cordone ombelicale subito, è comunque traumatico allora se... se l'idea è di migliorare il mondo, miglioriamolo anche dall'inizio [...] ci sono degli studi che dicono che effettivamente sono dei traumi questi, no? Se si cerca di preservarli un pochino in quel momento lì, magari si creano delle persone che sono più serene, più stabili anche emotivamente.

Anche nel caso di molti stranieri le istanze di "umanizzazione" dell'assistenza in gravidanza, parto e post appaiono centrali, ma non si traducono come nel caso degli italiani nella costruzione di percorsi personalizzati e/o non si esprimono nella forma di argomentazioni legate ai saperi

esperti (e in particolare alla valorizzazione di quelli non strettamente medici). Esse piuttosto emergono attraverso l'espressione del desiderio e dell'apprezzamento di un atteggiamento "umano" da parte del personale sanitario, di una relazione più comunicativa ed empatica con i professionisti e nel riconoscimento dell'importanza che questo può avere nella determinazione di un vissuto positivo di parto e allattamento per la madre (ma anche per il padre) e il bambino.

Ad esempio Flaminia Oradea, rumena, commenta così la sua esperienza di parto cesareo in un ospedale cittadino:

trovarmi lì da sola, con l'ambiente freddo, con quindici medici che mi giravano attorno, con il pediatra che è stato avvisato in caso se... con l'anestesista che mi diceva "stai ferma" anche se /quella puntura lì fa un male/ (*ride*) quindi non è stata proprio una bella esperienza.

Avrebbe in particolare voluto godere di maggiore supporto nelle primissime fasi dell'allattamento che ricorda come traumatiche:

il giorno più terribile è stato il secondo giorno quando lei strillava che voleva la pappa [...] e la montata latte non arrivava e allora è stato il giorno più spaventoso [...] È vero che teoricamente lo sai che la montata latte arriva anche dopo con il cesareo solo che in quel momento lì tutti ti fanno sentire anche in colpa poi al \*\*\* (nome di ospedale torinese) veramente i pediatri sono un po'... non mi sono trovata molto bene perché addirittura il giorno dopo "eh ma signora se non ce la fa ce la porti a noi" [...] cioè se mi avessero spiegato "guardi che l'acqua zuccherata o anche il latte artificiale è normale, glielo diamo noi se non ce l'hai" magari sarei stata un po' più tranquilla. [...] Non mi hanno spiegato in partenza. [...] quella sera lì quando hanno visto che lei strillava [...] mi hanno anche detto, le ostetriche, se ha bisogno ci chiami [...] Invece ho chiamato siccome era da solo non me l'hanno neanche presa l'ho dovuta portare io. [...] Poi già quel distacco lì, cioè lasciarla lì, non sapere perché piangeva, tornare indietro mi faceva male la ferita, non è stato proprio una bella esperienza. Diciamo che non sono stata proprio, sono rimasta un po' traumatizzata per quello, perché non mi hanno spiegato proprio. [...] Anzi mi hanno fatto sentire in colpa. [...] secondo me non so se è per il sovraffollamento di persone, di casi, o magari la stanchezza delle operatrici che magari danno per scontato che tu già dovresti già saperlo. Cioè è vero che alcune cose lì sai solo che quando ti trovi lì ma secondo me non fa male che te lo dicono un'altra volta che la montata

lattea è possibile che dopo il quarto giorno in poi ti può arrivare è una cosa cioè che ti può consolare in quello stato lì. [...] invece per fortuna ho avuto degli amici che sono venuti a trovarmi, poi un'amica in particolar modo che ha tre figli e ha detto "ma è normale! cioè addirittura "puoi chiedere la macchina tira latte per poter comunque aiutarti cioè per farti arrivare la montata lattea". Ma queste cose qui non me le hanno spiegate e sono stata rimasta un po' così. [...] non mi sono sentita in qualche modo appoggiata in questo mio stato un po' così perché forse anche perché ogni cosa ogni gravidanza, parto, maternità è vissuta in una maniera soggettiva.

Il compagno, Marco Oradea, peruviano, commenta così la loro esperienza:

**mi sembra di capire che c'è stata un po' un'interazione difficile con il personale dell'ospedale?**

Sì, soprattutto per lei, perché pensava... più accoglienza, più... (*cerca la parola*) non tenerezza, più socialità con il paziente, di farlo sentire meglio. Sembra che per loro si dà per scontato che ogni giorno nascono dieci, venti bimbi e, tutti, tutti sono uguali.

**E anche per te è stato così?**

No io sono arrivato dopo che questo è successo perché /è meglio così che sono arrivato dopo/ (*ride*). [...] io ti parlo della notte del parto, è stato alle dodici più o meno, fino al giorno dopo che è stato questo episodio. Quando sono arrivato l'ho trovata un po'... l'ho trovata male, con la /sensibilità bassa/ (intende "giù di umore") triste soprattutto.

**il personale che era di turno durante la notte ha avuto scarsa disponibilità?**

Eh scarsa, in male maniera rispondere. [...] perché è la prima volta, e di tutto quello che le avevano insegnato in questo corso pre parto non ha saputo in quel momento metterlo in moto e ha avuto difficoltà e il personale invece di incoraggiarla e farle vedere come si fa le hanno detto "*lascia perdere, non sei capace*, lasciami a me" e lei l'ha preso male perché si aspettava un altro atteggiamento. [...] ci sono delle altre persone, delle altre infermiere o assistenti che sono state brave, arrivavano e chiedevano in ogni momento [...] noi siamo abituati ai tratti più di famiglia, più... più vicini sai. Chi arriva e vede che è nata una bimba, /il tratto/ (intende forse l'espressione, l'atteggiamento) deve essere bello, amabile e di maggiore attenzione, no? Magari perché loro vedono tutti i giorni questo o perché non gli sta simpatico o perché sono stanchi, sono tanti motivi che non lo so, però è SUCCESSO.

E Chiara Burat, rumena, afferma di aver apprezzato molto l'atteggiamento e la relazione instaurata con il personale del consultorio che l'ha seguita durante la sua gravidanza e di quello ospedaliero durante il parto:

Al consultorio la ginecologa che mi ha seguito una persona bravissima, proprio brava brava. Si è sempre preoccupata anche dopo quando sono andata e tutto, è stata proprio brava brava. [...] e nelle ultime settimane che ero con questa pressione alta mi faceva venire ogni settimana per controllare il bambino per vedere come sta eh... Mi si è alzata una volta lì (in consultorio), mi ha fatto fermare; è venuta lei, non mi faceva alzare neanche dal... Mi hanno steso lì sul lettino. No non mi posso proprio lamentare. Neanche lì in ospedale mi hanno trattata tutti quanti uguali. Nessuno che era di più o nessuno di meno *tutti uguali* anche chi mi assistito durante il parto.

Rispetto agli italiani, inoltre, nei discorsi e nei racconti dei (futuri) genitori immigrati intervistati il riferimento ai saperi esperti non soltanto appare molto meno presente ma in certi casi sembrano “sminuiti” nella loro utilità. Ad esempio Aloui Giulia, marocchina, afferma:

consultorio. Quello dove ti dà... ti aiuta a capire le cose. Sono andata una volta, e non sono più andata. Perché a parte che andavo con altre persone lì, marocchini per tradurgli cosa dicevano, tanto quello che diceva a loro poteva dirlo anche a me.

**Non lo trovavi utile?**

Sì, perché tanto sapevo già più o meno cosa che ti dicevano. Di comprare latte non quello marchiato con la marca ma anche quello senza marca, tanto cambiava solo che quello aveva la pubblicità e l'altro no, quindi...

Tuttavia anche qui si riscontra la spinta ad informarsi e saperne di più che si traduce ed esaurisce però più frequentemente nel reperimento di informazioni sulla rete, soprattutto tra romene e peruviane, forse per la sua natura di essere un canale che consente di reperire informazioni a costo zero, in modo rapido e aggirando le barriere linguistiche o di altro tipo. Ad esempio Claudia Cornejo, peruviana, dichiara:

io sono molto collegata sempre con internet. Anche riguardo al mio, alla mia gravidanza, diciamo a parte il consultorio, sì, sono molto collegata ad

internet quindi qualsiasi cosa, qualsiasi dubbio vado sempre a cercare lì. È un buono strumento per le informazioni.

E Clarissa, peruviana:

Guarda, io siccome sono la prima, la prima volta che ho un bambino, qualsiasi cosa aveva il mio bambino ha pianto, /andavo su internet/ (*ridendo*), perché chiedere alla dottoressa... Uno perché a volte non mi rispondevano al telefono, due perché mi dicevano “chiama dopo che la dottoressa adesso è impegnata”, cioè non e io volevo risposte subito, perché a volte ero un po’ disperata, a volte gli veniva un po’ di febbre e andavo su internet, l’unica maniera di sapere qualcosa sui bambini è su internet. Ehm non avendo la mamma qua non sapevo a chi rivolgermi.

Altri canali ricorrenti per il reperimento di informazioni e consigli su parto e su come allevare il bambino tra i nostri intervistati immigrati sono quelli informali delle amicizie e della parentela. Ad esempio Lamy, marocchina, afferma:

la vita ti fa imparare senza studiare. Non importa studiare. C’è chi hanno tutto qua, senza libri, senza... tu senti di qua i programmi in televisione, le mamme, cosa vedi la gente, e così impari per forza.

Utile è considerata poi anche dalle madri immigrate l’agenda di gravidanza, quando l’hanno ricevuta, in italiano (non tutte le intervistate seguite dai consultori, infatti, l’hanno ricevuta; alcune l’hanno ricevuta in italiano; nessuna l’ha ricevuta nella sua lingua). Micaela, peruviana, ad esempio afferma:

**Ma ti avevano dato un’agenda di gravidanza?**

Sì, sì sì.

**L’avevi trovata utile?**

Sì, perché lì potevo per esempio vedere l’evoluzione della bambina, e certe cose che magari uno essendo per la prima volta non le sa, mi mettevo a leggere tutto il giorno per capire, /anche due o tre volte/ (*sorridendo*), per capire le vaccinazioni, per che cosa servono, quando è che devono fare queste vaccinazioni [...] tante cose.

## *6. Conclusioni*



In questo capitolo abbiamo analizzato, da un lato, le dinamiche riorganizzative delle politiche e dei servizi socio-sanitari in area materno-infantile a Torino e le principali caratteristiche delle loro utenti e, dall'altro, i vissuti assistenziali in quest'area da parte dei genitori, specie madri, stranieri (e italiani, per controllo) intervistati nell'ambito della nostra indagine tenendo conto del ruolo giocato da molteplici fattori nel determinarli.

La letteratura ha rilevato, tutta una serie di peculiarità nei comportamenti degli immigrati e talvolta problematicità nel rapporto di questi con i servizi sanitari in area materno-infantile. Ad esempio Spinelli *et al.* [2003] hanno mostrato una più scarsa qualità dell'assistenza in gravidanza per le immigrate rispetto alle italiane. Lauria e Andreozzi [2012] osservano che le donne straniere sono meno in grado di cogliere le opportunità del sistema sanitario e sembrano non disporre delle informazioni necessarie. Fedeli *et al.* [2010], per il Veneto ha riscontrato differenze tra italiani, immigrati regolari e irregolari circa comportamento riproduttivo, salute, e modelli di accesso ai servizi sanitari. Bona *et al.* [2001] hanno sottolineato la grande difficoltà sperimentata dalle donne straniere di accedere alle informazioni e ai servizi sociali e sanitari. In linea con studi su altri paesi [Saenz *et al.* 1994], Mussino [2010] osserva che le differenze tra italiane e straniere si riducono quando il partner è italiano.

Sulle problematiche (formali e informali) che gli immigrati si trovano ad affrontare per accedere a questi servizi, testimoniate sia dai testimoni privilegiati che in tali servizi operano, sia dai nostri intervistati, troviamo: i percorsi di accesso, la circolazione dell'informazione, il rapporto con il personale sanitario. In particolare, l'analisi delle politiche e dei servizi in area perinatale e delle pratiche d'uso di questi ultimi sembra evidenziare alcuni nodi critici nell'implementazione dell'Agenda di Gravidanza in relazione alla presenza immigrata. Infatti, nonostante la deliberazione della Giunta Regionale 38-11960 del 4 agosto 2009 (che stabilisce che "viene distribuita alle donne residenti o temporaneamente presenti nelle singole ASL a partire dal 1 ottobre 2009") prevedesse esplicitamente la traduzione dell'Agenda nelle lingue più diffuse tra gli stranieri residenti in Piemonte

(inglese, francese, spagnolo, arabo e rumeno), le versioni in lingua non sono state disponibili sempre e nella stessa misura di quelle in versione italiana ed ogni Consultorio si è a lungo organizzato con dei fogli aggiuntivi di accompagnamento forniti alla consegna dell'Agenda sintetizzanti i passaggi cruciali del percorso assistenziale e, in realtà, già in uso presso le realtà pubbliche territoriali prima dell'arrivo dell'Agenda di Gravidanza (delle intervistate straniere o non l'hanno ricevuta o l'hanno ricevuta in italiano; solo una, peruviana, dichiara di aver visto le versioni in lingua ma di averla ricevuta in italiano perché mancava quella in spagnolo). Ciò pone alcuni interrogativi: è utile che l'Agenda sia tradotta integralmente? È sufficiente che sia tradotta o sarebbe meglio accompagnarla con un servizio di mediazione interculturale? Perché non si è prevista la traduzione anche in altre lingue di comunità numerose (per es. cinese e albanese)? Quali ulteriori azioni migliorative è possibile immaginare riguardo al Percorso Nascita<sup>32</sup> e all'implementazione dell'Agenda di Gravidanza, suo strumento attuativo? Per esempio distribuire l'Agenda anche in altre sedi oltreché in quelle consultoriali? Perseguire un maggiore coinvolgimento delle donne immigrate attraverso le associazioni del privato sociale e le comunità?

Un altro aspetto che emerge dall'analisi dei dati Cedap relativi a Torino per gli anni 2010-2011-2012 è la transizione alla genitorialità delle adolescenti. Tra le straniere che hanno partorito in uno dei 4 punti nascita pubblici di Torino, la quota di primipare minori di 18 anni (fenomeno che abbiamo chiamato della *young motherhood*) è relativamente più diffuso tra le straniere (1,2% contro 0,3 delle italiane). La consapevolezza di questo fenomeno ha dato vita ad alcuni progetti socio-assistenziali rivolti più o meno direttamente a questo target<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Percorso assistenziale in gravidanza, parto e post partum di cui alla D.G.R. 34 – 8769 del 12 maggio 2008.

<sup>33</sup> Ad esempio, presso le Asl To1 e To2 è stato realizzato il progetto “post partum” 2010-2011, progettato coinvolgendo vari servizi tra cui Consultori familiari e pediatrici, le Neonatologie, i Punti latte, i Pediatri di libera scelta: obiettivo era quello di fornire assistenza a neo-genitori con specifici fattori di rischio. E tra i destinatari del progetto considerati a rischio c'erano appunto anche le neo madri adolescenti (senza distinzioni tra italiane e straniere).

Inoltre pressoché nullo appare il ricorso al Servizio gratuito Parto a domicilio del Sant'Anna da parte delle immigrate, quanto per ragioni legate alle culture del parto e della nascita di queste (che peraltro potrebbero essere più avvezze a e pro-parto in casa) è difficile dirlo con i dati a nostra disposizione ma presumibilmente un ruolo potrebbe giocarlo anche lo scarso collegamento e la scarsa integrazione tra questo servizio e quelli consultoriali che risultano essere i servizi di gran lunga più frequentemente utilizzati dalle immigrate per curarsi e per reperire informazioni.

Altro aspetto critico riguarda l'organizzazione dell'assistenza alla gravidanza e al parto che appare contrassegnata dalla scarsità di mediatori/mediatrici (e/o interpreti) che supportino e agevolino operatori e professionisti nella loro pratica assistenziale quotidiana e la relazione di cura con operatore sanitario/medico-paziente. L'opportunità di inserire figure di mediazione laddove non presenti e di potenziarli laddove già presenti sembra confermata anche dall'analisi dei discorsi degli intervistati sull'importanza della relazione assistita-medico/professionista. Tali discorsi inoltre più in generale fanno riflettere sul ruolo della fiducia come meccanismo non soltanto assicuratore di un migliore vissuto dell'assistenza all'evento nascita e dello stesso esito perinatale ma anche preveniente comportamenti da parte del professionista rientranti nella medicina difensiva. Com'è noto una cattiva relazione con le persone assistite può innescare atteggiamenti di reciproca sfiducia e la paura del contenzioso medico-legale con la persona assistita portare alla (iper)medicalizzazione dell'assistenza. L'attenzione per l'aspetto comunicativo e relazionale tra assistita ed esperto appare quindi cruciale e la consapevolezza di questa crucialità con riguardo a tale fenomeno appare evidente anche nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza pubblica alla nascita in Piemonte e dell'adozione stessa dell'Agenda di Gravidanza pensata appunto, anche, come strumento volto a migliorare la comunicazione e interazione tra assistita e professionista.

In definitiva, come già sottolineato da altri studiosi (Lauria e Andreozzi 2012) presenza/incremento di mediatori culturali e adeguato addestramento del personale sanitario per migliorare

abilità comunicative e informative potrebbero essere utili ad assicurare una migliore qualità e un accesso più equo ai servizi perinatali per le donne immigrate.